



AVIS DE COTISATION 2024 - 2025

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Date de naissance : _____

Téléphone Maison : (___) _____ Bur./ Cell. : (___) _____

Numéro de carte de membre : _____

Nom du professeur : _____

Coût de la carte de membre A.N.R.Q. : **135\$**

Pratiquez-vous la réflexologie ? Oui Temps partiel Non

Faites-vous partie d'une association de médecine douce ? Oui Non

Laquelle ? _____

Quelle est votre adresse courriel ? _____

Avez-vous suivi de nouvelles formations ? Si oui. Lesquelles _____

Je joins une copie de mon (mes) attestation(s) au nombre de

FACTURATION

Cotisation A.N.R.Q. 2024-2025 membre Certifié 135 \$	
Cotisation A.N.R.Q. 2024-2025 membre Solidaire 60 \$ (Conjoint, ami, client)	
CI-JOINT UN CHÈQUE POUR LE MONTANT DE : <input type="checkbox"/>	
OU VIREMENT BANCAIRE AU MONTANT DE : <input type="checkbox"/>	

IMPORTANT : RETOURNEZ le formulaire complété à :

ANRQ, 991, rue Champflour, Trois-Rivières (QC) G9A 1Z8

Afin de répondre aux exigences de la loi 25 sur les renseignements personnels, nous conserverons vos documents pour une période de deux années d'exercice. Par la suite, ils seront détruits de manière sécuritaire.